

11227
24.33



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA SECUNDARIA A NEFROPATIA DIABETICA

Tesis de Postgrado

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P r e s e n t a

DR. FEDERICO HASIMOTO RODRIGUEZ



México, D.F.

1985

FALSA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION:

La insuficiencia renal crónica se define como -- una enfermedad progresiva y generalmente irreversible y cuya - alteración principal es la disminución de la filtración glo--- merular.

Una de las causas más frecuentes de la insuficien- cia renal crónica es la nefropatía diabética (1). Ocupando el 10% de las defunciones en pacientes a los cuales se les diag- nostica diabetes mellitus después de los 40 años (2).

En un estudio realizado por la Comisión Nacional- de Diabetes Mellitus, se demostró que esta enfermedad afecta- directamente a 10 millones de personas aumentando año con año su incidencia representando un incremento anual del 6% (3).

La constelación de signos y síntomas del estadio- final de la insuficiencia renal crónica, se define como sín- drome Urémico, en la fase inicial de la enfermedad la mayoría de los órganos se encuentran respetados, pero progresivamente se establece deterioro de la función renal que se demuestra - cuando la filtración glomerular disminuye a 20ml. por min.,-- esto se debe a la repercusión vascular multisistémica y pri- mordialmente renal (microangiopatía glomerulesclerosis) por - alteraciones metabólicas que después de larga evolución se ge- neralizan y lesionan a diversos órganos como a la retina, co- razón y grandes vasos etc.

Ya desde 1936 Kimmelstiel y Wilson, describe la lesión --
nodular como característica histológica de la Diabetes --
Mellitus.

Desde entonces se ha intentado encontrar la forma de tratar a los pacientes portadores de I.R.C. por ser --
esta la complicación más grave de la diabetes mellitus, --
sin obtener hasta la fecha una terapéutica ideal, actualmente
destacan los procedimientos dialíticos y el trasplante --
renal así como el trasplante de células B de los islotes del
páncreas, que aparentemente es el mejor recurso terapéutico--
pero requiere de una técnica equipo y personal, altamente es--
pecializado por lo que solo se efectúa en forma limitada en
algunos centros hospitalarios con tecnología muy avanzada.

La purificación de la sangre por diálisis puede ser llevada por membranas sintéticas (hemodiálisis extracorporea) y/o por la membrana del peritoneo, ambas técnicas--
usan el proceso básico de difusión por medio de gradiente de
concentración.

La diálisis es utilizada en mayor frecuencia --
en falla del parenquima renal pero además se emplea aunque --
en menor escala para eliminar sobrecarga de agua y otras sub--
stancias tóxicas ocasionadas por factores extrarenales.

En contraste con la hemodialisis, la dialisis peritoneal es un procedimiento relativamente fácil de llevar a cabo - no es costoso, además de no ser necesaria la presencia de un nefrólogo ni de equipo especializado, pudiéndola efectuarla el médico internista y personal de enfermería.

El mecanismo de practicar la dialisis peritoneal consiste en introducir a la cavidad peritoneal através de un cateter de plástico colocado por paratesis la solución dializante la cual debe de permanecer en ese sitio - por espacio de 20 min. a una hora, tiempo en que el soluto (uréea, potasio etc.) se difunde por la membrana peritoneal y posteriormente se elimina el dializado y se repite el proceso cuantas veces sea necesario por lo general se realiza entre 30 y 40 baños.

En la mayoría de los centros especializados - del país los programas de hemodialisis no incluyen al paciente renal crónico portador de nefropatía diabética, por lo que su tratamiento se limita a manejo médico, dialisis peritoneal y en algunos hospitales dialisis peritoneal ambulatoria con mejores resultados que los procedimientos anteriores.

En nuestro hospital el tratamiento del paciente renal crónico de cualquier etiología, exclusivamente se hace a base de tratamiento médico, dialisis peritoneal la cual se realiza solamente en la unidad de cuidados intensivos, y sólo en casos muy especiales se envían a hog

pitales que cuentan con programas específicos para el tratamiento de este tipo de pacientes.

JUSTIFICACION:

5.-

En el Hospital General Lic. Adolfo López - -- Mateos ISSSTE, donde cursamos la especialidad en medicina-interna no contamos con el apoyo de un nefrólogo, por lo -- que el tratamiento de los pacientes portadores de insufi-- ciencia renal crónica que no responden al tratamiento médi-- co. Sólo tenemos como último recurso la instalación de la diálisis peritoneal generalmente tienen varios ingresos y en cada uno de ellos permanecen hospitalizados por tiempo-- prolongado.

En caso de practicársele la diálisis peritoneal en el momento oportuno sin esperar a manifestaciones tanto-- clínicas como de laboratorio de Síndrome Urémico se podría -- reducir su estancia hospitalaria de 24 a 48 horas con un -- ahorro bastante significativo para la Institución además -- de haberse comprobado que los pacientes a los cuales se le -- dializan en un inicio tienen una sobrevida y nivel de vida -- mayor.

OBJETIVO:

1) Demostrar que el paciente portador de insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética, tiene una estancia hospitalaria prolongada.

2) Determinar la sobrevida del paciente con insuficiencia renal secundaria a nefropatía diabética en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron 20 casos los cuales ingresaron al S. de Medicina Interna con el diagnóstico de insuficiencia renal crónica, recolección se llevó a cabo por el método de asar simple. Todos ellos eran portadores de Diabetes Mellitus diagnosticada con anterioridad, - no se tomó en cuenta la edad ni la repercusión sistémica de la alteración metabólica.

Se investigó el número de internamientos -- en cada uno de ellos así como el tiempo de estancia -- y evolución intrahospitalaria con el fin de establecer los días-cama promedio de cada paciente.

Así como se estableció la sobrevida de los pacientes desde su primer ingreso a la fecha de defunción.

RESULTADO:

8.-

De los 20 casos estudiados se encontró que --
12 de ellos eran masculinos y 8 femeninos ilustrados --
en la tabla # 1.

Las edades de los pacientes fluctuaban entre --
los 51 y los 93 años tabla # 2, todos ellos eran por ---
tadores de diabetes mellitus con una fluctuación de 10 a
20 años de evolución teniendo un promedio de 15.4 años -
como se observa en la tabla # 3.

Corroborando que los pacientes que son portado-
res de diabetes mellitus de más de 15 años de evolución--
presentan insuficiencia renal crónica en el 100%.

Cada uno de los pacientes estudiados presenta--
ban un número de internamientos el cual varía de 1 a 5 -
cuadro 4a. y 4b., permaneciendo en la unidad hospita--
ria de 3 a 43 días en cada uno de ellos con una media --
total de 41.4 días de estancia global ya que algunos - --
de ellos fallecieron durante su primer internamiento ta--
bla 4a. y 4b., con un promedio de internamientos de 2.3 -
por cada paciente tabla 4a. 4b., cabe mencionar que todos
los pacientes fallecieron y el tiempo que transcurrió des-
de su primer internamiento, a la fecha de defunción varió
de 3 a 435 días con una sobrevida media de 115 días o sea
el equivalente a 3.83 meses, tabla # 5a. y 5b.

**Frecuencia de pacientes con insuficiencia
renal crónica de acuerdo al sexo.**

Cuadro # 1 Frecuencia de sexo

# de paciente estudiados	MASC.	FEM.
20	12	8

**Frecuencia de pacientes con insuficiencia
renal crónica por intervalos de edad.**

Cuadro # 2

Grupos de Edad	\bar{X} por grupos de Edad	No. de Casos	
51-55	53	5	
56-60	58	4	
61-65	63	7	
71-75	73	1	
81-90	83	3	
Total	5	X=64	20

Número de ingresos y días de estancia hospitalaria de -
los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Cuadro # 4a.

No. de Caso	No. de Ingre- so.	No. de día hospital.	\bar{X}
1	1	10	&
2	1	12	&
3	4	79	19.7
4	2	36	18
5	1	21	&
6	1	3	&
7	1	13	&
8	2	71	35.5
9	1	15	&
10	5	65	13
Total	10	325	32.5

& Defunción

**Número de ingresos y días de estancia hospitalaria
de los pacientes con insuficiencia renal crónica.**

Cuadro # 4b.

No. de Caso	No. de Ingreso	No. de día Hospital	X
11	3	34	14.6
12	1	38	4
13	3	43	14.3
14	5	80	16
15	5	112	18.6
16	1	5	4
17	1	38	4
18	2	21	10.5
19	3	69	23
20	3	53	17.6
Total	10	27	503

**Promedio del número de ingresos y estancia
hospitalaria de los pacientes con insuficiencia
renal crónica.**

No. de Caso	No. de Ingreso	No. de día Hospital	\bar{X}
Cuadro # 4a.	19	325	32.5
Cuadro # 4b.	27	503	50.3
Total	20	46	828

Sobrevida de los pacientes con insuficiencia renal crónica a partir del primer ingreso.

No. de Caso	Fecha de Ingreso	Fecha de Defunción	Tiempo de Evolución
1	30-XI-83	10-XII-83	10
2	2-XI-83	14-XII-83	13
3	29-VI-83	14-XII-83	169
4	9-VI-83	5-1-84	141
5	7-I-83	22-1-83	16
6	31-XII-83	3-1-84	4
7	15-1-84	28-1-84	14
8	28-X-82	9-VIII-83	287
9	31-VII-83	18-VIII-83	16
10	3-V-83	27-VIII-84	117
11	2-II-82	22-1-83	355
12	19-X-83	26-XI-83	39
13	II-IX-82	12-XI-83	435
14	12-XI-82	18-XII-82	37
15	29-VI-83	14-XII-83	169
16	18-X-83	23-XI-83	37
17	19-X-83	26-XI-83	39
18	14-X-83	18-XI-83	36
19	25-IX-82	12-I-83	109
20	6-IV-83	18-XII-83	257

2300 \bar{x} = 115

CONCLUSION:

1) Se demostró que los pacientes portadores de insuficiencia renal crónica, secundaria a nefropatía diabética permanecen hospitalizados por espacio de 41.5 días promedio en cada internamiento.

2) Los pacientes seguidos en el presente estudio tuvieron -- una sobrevida de 115 días posterior a su primer internamiento lo cual demuestra que la sobrevida es bastante corta, en relación a lo esperado.

COMENTARIO:

Idealmente los pacientes con diabetes mellitus, -- deben ser detectados o diagnosticados para ser controlados -- estrictamente por el médico de primer nivel cuando la enfermedad se torne difícil de estabilizarse o que amerite internamientos por descompensaciones deberá de pasar a controlarse por los servicios especializados.

Una vez que el paciente inicia con alteraciones -- en sus cifras tensionales, proteinuria, disminución de la -- agudeza visual, así como disminución de su filtración glomerular (insuficiencia renal) deberá pasar a ser valorado conjuntamente con un nefrólogo de ahí que es conveniente.

- 1).- Diagnosticar la enfermedad.
- 2).- Referir tempranamente al paciente a los servicios especializados correspondientes.
- 3).- Se ha demostrado que el control dietético de la diabetes es indispensable porque a mayor descontrol, más rápidamente evoluciona a la insuficiencia renal crónica.
- 4).- Una vez establecida la insuficiencia renal -- crónica el tratamiento hasta el momento es -- la diálisis peritoneal ambulatoria, aún cuando la peritonitis es la mayor limitante.
- 5).- Como parte de una solución sería la iniciación de programas de salud a nivel nacional o de detección para un mejor control y evitar que éstos pacientes se presenten en un grado avanzado de su enfermedad y prácticamente las posibilidades de tratamiento sean casi nulas.

BIBLIOGRAFIA

- 1; Datos proporcionados por el departamento de estadísticas del H.G. Lic. Adolfo López Matsos.
- 2; Cecil. Wyngaarden and Smith 1982 pág. 515-518
- 3; Joslin Diabetes Manual pág.4-8
- 4; Kimmelstiel.P.and Wilson:Interacapillary lesions in glomeruli of the Kidney.Am.J.Path 12;83-98 1936
- 5; Wilson,J.L.Root,H.E,and Marble,A;Diabetic Nephropathy New.Engl.S.Med. 245; 513-518 1951
- 6; Gliedman ML.Tellis VA,Soberman R,Rifkin H.Veith FJ; Long.Term effect of pancreatic transplant function in patient with advanced JDM.Diabetes care 1;1 1978
- 7; Sutherland DE.Goetz FC.Majarian JB;Clinical segmental pancreas transplantation without duct anastomoses in Diabetes 20; (suppl) 10,1980
- 8; George Wu,Panesh Khanna.et.al.Continuous Ambulatory peritoneal dialysis;Can.Med.Assoc.J.Vol.130 March 13,1984.
- 9; Gutman ED; Renal transplantation.N.Engl J.Med 301;975
- 10; Merril JF;Dyalisis versus transplantation in the tratment of. end stage renal disease.AM.M.Rev Med 29;343,1978.
- 11; Rapaport FT;The immunobiology of transplantation Surg Clin North Am.58;221 1978.